

DAPAGLIFLOZINA

Diabete Melito Tipo 2

Portaria nº 54/SCTIE/MS, de 11 de novembro de 2020 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 10 mg (POR COMPRIMIDO)

CIDs contemplados: E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 31 comprimidos
- Para faturamento (SIGTAP): 31 comprimidos

Grupo de financiamento: 2 - Aquisição pelo Estado de São Paulo

Observações:

Conservar em temperatura ambiente (15°C a 30°);

Idade mínima: 65 anos e doença cardiovascular estabelecida que não responderam ao tratamento otimizado com metformina e sulfonilureia.- [Portaria nº 75, de 26 de janeiro de 2021](#).

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:
 - Laudo/relatório médico contendo as seguintes informações: idade do paciente, presença de comorbidades e resposta aos tratamentos prévios.
 - Glicemia de Jejum
 - HbA1c

 - A critério médico do prescritor:
 - Perfil lipídico;
 - creatinina sérica,
 - Proteinúria;
 - Fundoscopia.

5. ATENÇÃO: Não é necessário apresentar Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

Renovação da Continuidade

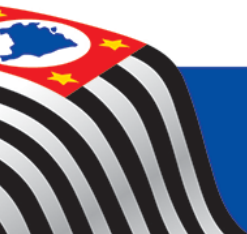
1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico assistente do paciente, não sendo obrigatório ser médico endocrinologista (semestralmente).
ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico assistente do paciente, não sendo obrigatório ser médico endocrinologista (semestralmente).

3. Cópia dos exames:
 - Glicemia em jejum (semestralmente);
 - Dosagem de HbA1C (semestralmente).

 - A critério médico do prescritor:
 - Perfil lipídico;
 - creatinina sérica,
 - Proteinúria;
 - Fundoscopia.

Dapagliflozina – Diabete Melito Tipo 2 (Atualizado em 06/07/2021)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

I – [Declaração autorizadora](#);

II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade e comprovante de endereço com CEP;

II – Número de telefone do representante.